



New home delivery prescription order form

Formulario de pedido de envío a domicilio para nuevas recetas

1. Member and physician information – please use black or blue ink. One form per member. Información sobre el miembro y el médico – use tinta negra o azul. Un formulario por miembro.			
Member ID number/Número de identificación del miembro		(Additional coverage, if applicable) Secondary member ID number / (Cobertura adicional, si corresponde) N.º de identificación del miembro secundario	
Last name/APELLIDO		First name/NOMBRE	MI/Inicial del 2.º nombre
Delivery address/Dirección de entrega			Apt. #/N.º de Apt.
City/Ciudad	State/Estado	Zip code/Código postal	Phone number with area code/Número de teléfono con código de área
Date of Birth (mm/dd/yyyy)/Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Email address/Correo electrónico	
Physician name/Nombre del médico		Physician phone number with area code / Número de teléfono del médico con código de área	
2. Health history/Antecedentes de salud			
Medication allergies / Alergias a medicamentos:			
<input type="checkbox"/> None known/Se desconoce		<input type="checkbox"/> Erythromycin/Eritromicina	
<input type="checkbox"/> Amoxil/Ampicillin/Amoxicilina/Ampicilina		<input type="checkbox"/> NSAIDs/Antiinflamatorios No Esteroideos	
<input type="checkbox"/> Aspirin/Aspirina		<input type="checkbox"/> Penicillin/Penicilina	
<input type="checkbox"/> Cephalosporins/Cefalosporinas		<input type="checkbox"/> Quinolones/Quinolonas	
<input type="checkbox"/> Codeine/Codeína		<input type="checkbox"/> Sulfa/Sulfamidas	
<input type="checkbox"/> Others/Otras: _____		<input type="checkbox"/> Tetracyclines/Tetraciclinas	
Health conditions / Condiciones de salud:			
<input type="checkbox"/> None known/Se desconoce		<input type="checkbox"/> Glaucoma/Glaucoma	
<input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis		<input type="checkbox"/> Heart condition/Condición cardíaca	
<input type="checkbox"/> Asthma/Asma		<input type="checkbox"/> High blood pressure/Presión arterial alta	
<input type="checkbox"/> Cancer/Cáncer		<input type="checkbox"/> High cholesterol/Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes		<input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteoporosis	
<input type="checkbox"/> Others/Otras: _____		<input type="checkbox"/> Thyroid disease/Enfermedad tiroidea	

continued on other side/continúa del otro lado

